

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

ЛЕКЦІЯ НА ТЕМУ:

“ФІНАНСИ У СИСТЕМІ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (I, II  
ЧАСТИНИ)”

Проф. Рогач І. М.

# ПЛАН

---

- Сутність фінансів.
- Джерела формування коштів систем охорони здоров'я.
- Бюджет, механізми його формування в охороні здоров'я України.
- Сучасні напрями фінансування систем охорони здоров'я світу.
- Фінансування системи охорони здоров'я України на сучасному етапі.

# СУТНІСТЬ ФІНАНСІВ

**Фінанси** виникли з появою грошей. Термін "фінанси" - латинського походження (від *finantia* - гроші, дохід). Спочатку він використовувався для характеристики руху грошей, а з часом - для визначення економічних відносин. Отже, гроші створили умови для появи фінансів як самостійної сфери грошових і частини виробничих відносин.

Об'єктом фінансів виступають валовий внутрішній продукт (ВВП) та національний дохід (НД), а суб'єктами - держава, медичні заклади, підприємства, громадяни.

**Фінансові ресурси** - цілеспрямована сукупність грошових коштів, здатних до вивільнення або додаткового залучення в оборот. Вони поділяються на державні, громадські, приватні та характеризуються певними рисами і ознаками. Серед основних рис можна виділити: *грошову форму, розподільчий характер* (розподіл ВВП, НД здійснюється через грошові фонди), *аккумуляцію та використання фінансових коштів на безоплатній основі.*

**Актуальною проблемою** сьогодення, яка стоїть перед урядами всіх держав, є пошук фінансових ресурсів і шляхів стримування витрат на сферу охорони здоров'я. Дефіцит фінансових ресурсів у галузі, нераціональне їх використання сприяє розвитку тіньової медицини, призводить до втрати висококваліфікованих спеціалістів, порушення принципів рівності, доступності медичної допомоги для населення та зниження її якості.

# ДО ОСОБЛИВИХ ОЗНАК ФІНАНСІВ ВІДНОСЯТЬ:

- ▣ виявлення соціально-економічних відносин ( відносин власності);
- ▣ перебування у постійному русі;
- ▣ наявність особливих джерел збору коштів.

## У світовій економічній практиці фінанси визначаються як:

- ▣ **історична категорія**, поява якої пов'язана з виникненням держави та її інститутів;
- ▣ **економічна категорія** (результат товарно-грошового господарства);
- ▣ **частина економічного базису**;
- ▣ **система економічних відносин**, що складаються **при формуванні, розподілі, використанні грошових доходів** між державою, системою охорони здоров'я та громадянами;
- ▣ **основа організації, ефективний регулятор і стабілізатор економічної діяльності** галузей народного господарства, у т.ч. сфери охорони здоров'я;
- ▣ **процес формування доходів** юридичних та фізичних осіб і їх використання.

---

## ***Фінансування системи охорони здоров'я –***

це процес формування (збору), акумуляції,  
розподілу та використання коштів для  
задоволення потреб населення у  
збереженні, зміцненні й охороні здоров'я.

# ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ КОШТІВ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

*Основними джерелами фінансування  
галузі є*

- загальні податкові надходження,
- цільовий внесок на обов'язкове медичне страхування (ОМС),
- премії добровільного медичного страхування (ДМС),
- особисті кошти громадян.

# ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ КОШТІВ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

**Загальні податкові надходження** - обов'язкові платежі, які стягуються у визначеному законодавством порядку залежно від об'єкта оподаткування.

**Податки класифікуються за:**

- механізмом стягнення - прямі, непрямі;
- об'єктом оподаткування - ресурсні та майнові;
- методом оподаткування - прогресивні, регресивні;
- рівнем збору (адміністративною ознакою) - державні, регіональні, місцеві;
- типом збору - загальні, адресні.

**Прямі податки** вилучаються з доходу фізичних і юридичних осіб та власників майна.

**Непрямі податки** утримуються зі сфери споживання товарів, послуг або угод.



## КОШТІВ

### СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Цільовий внесок на обов'язкове медичне страхування (ОМС)* - це обов'язковий, фіксований відсоток із фонду оплати праці. Внески платять робітники чи роботодавці, або платежі здійснюються ними спільно у певних пропорціях (Австрія, Німеччина, Бельгія, Люксембург, Франція, Російська Федерація).

Питома вага внеску в різних країнах перебуває в межах 3,6-14,2 %. Внесок може бути єдиним (Бельгія, Франція) або коливатися залежно від професії чи специфічності фонду (Австрія, Німеччина).

# ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ КОШТІВ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Внески на приватне добровільне медичне страхування (ДМС)* - це кошти, які сплачуються із власних доходів громадян або прибутків підприємств за отримані медичні послуги. Основою для розрахунку розміру страхового внеску є ризик для здоров'я, від якого залежать обсяг і вартість медичних послуг. Страхові премії збирають державні, комерційні і некомерційні компанії.

# ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ КОШТІВ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

***Особисті кошти населення*** - це платежі за рахунок споживача, що пов'язані з прямою оплатою громадян (офіційні, неофіційні платежі), співоплатою та відкриттям медичних депозитних рахунків.

# **ОСОБИСТІ КОШТИ НАСЕЛЕННЯ**

**Механізм збору коштів обумовлюється певними причинами:**

- можливістю отримання додаткових доходів у сферу охорони здоров'я;
- збільшенням попиту на певні види медичних послуг;
- отриманням громадянами медичних послуг, які не включені в програму ОМС і ДМС (послуги стоматологів, фармацевтів, приватних клінік та клініко-діагностичних лабораторій);
- стимулюванням відповідальності громадян за своє здоров'я;
- побоюваннями населення стосовно якості отримання медичної допомоги (неофіційні платежі);
- формою корупції (неофіційні платежі).

# **ОСОБИСТІ КОШТИ НАСЕЛЕННЯ**

---

**Розмір особистої участі громадян у відшкодуванні витрат на медичну допомогу становить:**

- розвинуті країни з ринковою економікою (24 країни, що входять до ОЄСР) - 24 %;
- країни, що розвиваються, з високим доходом - 33 %;
- країни, що розвиваються, із середнім доходом - 43 %;
- країни, що розвиваються, з низьким доходом - 53 %.

# ОСОБИСТІ КОШТИ НАСЕЛЕННЯ

**Співоплата** громадян в якості джерела фінансування охорони здоров'я використовується в багатьох країнах у різних формах. Сума співоплати пацієнтів залежить від типу послуг і їх кількості.

- ▣ *Співучасть в оплаті* - одноразова виплата, яку пацієнт повинен заплатити за кожну медичну послугу. Так, у Німеччині за кожне відвідування лікаря первинної практики пацієнт платить 10 євро.
- ▣ *Спільна оплата* - пацієнт оплачує за послугу певний відсоток від загальної суми. Так, за стоматологічне протезування пацієнт платить 6 % від усієї суми (Німеччина).
- ▣ *Попередня оплата, франшиза* - виплата суми готівкою до початку надання медичної допомоги або виплата фіксованої суми, витрати понад яку покриваються страховою компанією (оплата стаціонарної допомоги в Японії).

# **ОСОБИСТІ КОШТИ НАСЕЛЕННЯ**

**Медичні депозитні рахунки** (заощаджувальні рахунки здоров'я) - це спосіб компенсації невідшкодованих медичних витрат за рахунок неоподаткованих ресурсів, які були запроваджені в якості попередньої оплати.

В Сінгапурі обов'язкові внески складають 6-8 % від доходу, у США - до 2600 доларів на особу і до 5150 доларів на сім'ю.

До інших джерел фінансування відносять кошти громадських, релігійних, благодійних організацій.

---

*Ми повинні бути рабами законів,  
щоб стати вільними.*

**Цицерон**

*Розробка бюджету  
є мистецтвом  
рівномірного розподілу розчарувань.*

**М. Станс**



# БЮДЖЕТ, МЕХАНІЗМИ ЙОГО ФОРМУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Термін "бюджет" походить від старофранцузького слова *bougette* (шкіряний мішок, портфель).

За сучасним трактуванням бюджет - це:

- ▣ **правова категорія** (регулюється у законодавчому порядку);
- ▣ **економічна категорія** (невід'ємна складова суспільно-економічної системи);
- ▣ **основна ланка державних фінансів,**
- ▣ **інформаційний, контрольний, управлінський засіб,** за допомогою якого здійснюється ефективне регулювання розподільних і перерозподільних процесів у суспільстві;
- ▣ **механізм урівноваження фінансових інтересів** суб'єктів господарювання;
- ▣ **інструмент забезпечення збалансованого розвитку країни** (забезпечення оптимального співвідношення між індивідуальним і суспільним споживанням).

**Бюджет** - це фінансовий документ у формі закону, що відображає у грошових сумах склад майбутніх доходів і видатків.

Основними джерелами фінансування системи охорони здоров'я України є Державний і місцеві бюджети, які в сукупності утворюють зведений бюджет.

У структурі зведених бюджетних витрат на охорону здоров'я кошти Державного бюджету складають 20-30 %, а місцевих бюджетів - 70-80 %. Державний бюджет України формується із загальних податків (біля 60 % від усіх доходів), платежів, зборів. Місцеві бюджети утворюються з місцевих податків, платежів і зборів.

**Бюджетні трансферти - це кошти, що безоплатно та безповоротно передаються з одного бюджету до іншого.**

*Розрізняють:*

- *дотації вирівнювання* - надання коштів бюджетам нижчого рівня з метою підтримання їх дохідної спроможності;
- *субвенції* - державна фінансова допомога для здійснення програм і заходів соціального захисту;
- *субсидії* - грошова державна допомога для збалансування регіональних і місцевих бюджетів;
- *вилучення коштів* - передача коштів до бюджетів вищого рівня.

# РЕСУРСІВ ІЗ ВІДПОВІДНИХ БЮДЖЕТІВ ДО ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ

## ЗАКЛАДІВ:

медичні заклади складають проектний кошторис

місцеві органи охорони здоров'я та Міністерство охорони здоров'я, місцеві фінансові установи розробляють зведені проектні кошториси витрат на охорону здоров'я як складові частини проекту бюджету місцевого та центрального рівнів

проект зведеного бюджету розглядається Міністерством фінансів, яке формує граничні обсяги видатків на охорону здоров'я із загального фонду бюджету

Міністерство фінансів надсилає лімітну довідку щодо бюджетних асигнувань місцевим фінансовим органам, які доводять до відома керівників медичних закладів

враховуючи граничні обсяги видатків, медичні заклади розробляють свої бюджетні пропозиції

кошториси медичних закладів надходять до місцевих органів охорони здоров'я, місцевих фінансових установ, а потім до Міністерства фінансів

Державний бюджет затверджується Верховною Радою України.

# СУЧАСНІ НАПРЯМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СВІТУ

**Здоров'я** - найбільша суспільна та індивідуальна цінність, що перебуває у стані постійного ризику.

**Система охорони здоров'я** - провідна галузь господарювання, діяльність якої спрямована на збереження, зміцнення, покращення здоров'я населення, забезпечення раціонального використання ресурсів та доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Ця галузь потребує стабільного та достатнього за обсягом фінансування.

*У сучасних умовах відбувається стрімке зростання витрат на охорону здоров'я та інтенсивний пошук їх стримування, наслідком чого є необхідність достатнього збору, раціонального розподілу та ефективного використання наявних обмежених фінансових ресурсів.*

# КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ФІНАНСУВАННЯ

---

## СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

- невідповідність зростаючих потреб населення у послугах сфери охорони здоров'я та реальному її фінансуванню;
- складність створення достатнього за обсягом пулу фінансових ресурсів та забезпечення в цих умовах доступності медичної допомоги населенню;
- необхідність раціонального розподілу фінансових ресурсів за пріоритетами витрат та ефективного їх використання.

*Реформа системи охорони здоров'я пов'язана з визначенням пріоритетів, удосконаленням політики та реформуванням інститутів, через які ця політика здійснюється.*

**Р. Б. Солтман, Дж. Фігерас**

**Стратегічне завдання Європейського регіонального бюро ВООЗ – формування до 2010 року первинних медико-санітарних служб на засадах загальної практики / сімейної медицини.**

# ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНА ОСНОВА ПМСД:

- ▣ **економічна незалежність лікарських практик** (у містах - індивідуальна та групова, у сільській місцевості - переважно індивідуальна);
- ▣ **фінансування** лікарів загальної практики здійснюється **за схемою** або **часткового фондотримання** (державна медицина), або **гонорарною оплатою** (страхова медицина);
- ▣ **вільний вибір пацієнтом лікаря;**
- ▣ **надання медичної допомоги за направленням лікарів загальної практики;**
- ▣ **забезпечення безперервності і наступності лікувального процесу;**
- ▣ **чисельність осіб, прикріплених до сімейного лікаря, при високій щільності населення - 1500-1700 осіб, а при низькій - 1100-1200.**



# СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ СТАЦІОНАРНОГО СЕКТОРА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД):

- ▣ зменшення потреби у стаціонарній допомозі за рахунок *розширення позалікарняної медичної допомоги;*
- ▣ *розвиток системи домашнього догляду* за хворими похилого віку та інвалідами;
- ▣ *розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги* (денні та домашні стаціонари, хірургія одного дня);
- ▣ підвищення *ефективності використання ліжкового фонду;*
- ▣ *диференціація ліжкового фонду відповідно до інтенсивності лікування і догляду* (лікарні інтенсивного короткострокового, довгострокового лікування та сестринського догляду і хоспіси);
- ▣ *концентрація високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в окремих центрах.*

# ФРАГМЕНТАРНІСТЬ ФІНАНСОВИХ ПОТОКІВ

---

## ПОВ'ЯЗАНА ІЗ:

- створенням системи різних фондів (охорони здоров'я, обов'язкового медичного страхування);
- бюджетами різних рівнів (районний, міський, обласний);
- бюджетами різних підрозділів системи охорони здоров'я (медичні заклади МОЗ, відомчі медичні заклади);
- бюджетами різних секторів системи охорони здоров'я (стаціонарний, амбулаторний, швидкої медичної допомоги);
- формуванням загального бюджету при об'єднанні поліклінік і стаціонарів.

# ФРАГМЕНТАРНІСТЬ ФІНАНСОВИХ ПОТОКІВ

---

## ПРИЗВОДИТЬ ДО:

- ускладнення планування, управління;
- розпорошеності коштів (диференціації);
- незбалансованості рівнів та ланок надання медичної допомоги;
- конкуренції за обсяги фінансування між ЛПЗ;
- зменшення частки коштів на надання медичної допомоги.

# **МОДЕЛЬ КЕРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (США)**

---

Її економічна основа:

- ▣ **інтеграція (об'єднання) джерел стабільного фінансування (місцевих та державних бюджетів, обов'язкового цільового збору);**
- ▣ **проспективна оплата на договірній основі;**
- ▣ **фінансування комплексу медичних закладів на основі подушного нормативу в обсязі певних соціальних гарантій;**
- ▣ **фінансування первинної ланки за рахунок часткового фондотримання, а стаціонарної допомоги - глобального бюджету;**
- ▣ **формування з боку фінансуючої сторони (покупця медичної допомоги) оптимального обсягу і структури медичної допомоги;**
- ▣ **впровадження протоколів медичних втручань (стандартів) та контроль ефективності діяльності.**

**Модель керованої медичної допомоги  
призводить до інтеграції фінансових  
коштів, що, у свою чергу:**

- ▣ поєднує функції планування, управління, фінансування;**
- ▣ створює умови для стратегічного і поточного планування фінансових ресурсів;**
- ▣ створює баланс між різними видами медичної допомоги,**
- ▣ формує економічні мотивації діяльності ЛПЗ;**
- ▣ сприяє раціональному використанню обмежених ресурсів.**

# ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Національна, або державна модель охорони здоров'я України основана на принципах загальної доступності та безоплатності. Модель фінансування системи охорони здоров'я збереглась в Україні з радянських часів.

Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок бюджетів державного (20-30 %), місцевого та регіонального самоврядування (70- 80 %).

Рівень бюджетного забезпечення галузі щорічно зростає. Так у 2008р. він складав 29,05млрд. грн. у 2013 – 53млрд.грн. На Закарпатті 1млрд. 900 тис. грн. – 2013 рік.

# КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

---

*В умовах недостатньої доступності медичної допомоги для населення – це*

- дефіцит ресурсів;
- неефективний захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних з витратами на медичну допомогу;
- диспропорції у фінансуванні окремих секторів медичної галузі (амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної);
- відсутність мотивації у постачальників медичних послуг до підвищення якості та ефективності медичної діяльності;
- диспропорції між фінансовими можливостями галузі та потребою населення у медичній допомозі;
- фрагментарність фінансових потоків у системі охорони здоров'я.
- Відсутність визначеного законодавством і нормативно правовими актами чіткого перерозподілу медичної допомоги, що повинно надаватись у державних та комунальних закладах безкоштовно.

# ПРОБЛЕМ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## ІСНУЮТЬ НАСТУПНІ СТРАТЕГІЧНІ ЗАХОДИ

- жорсткий контроль за витратами в галузі;
- автономізація медичних закладів та впровадження механізму стратегічних закупівель медичних послуг на договірній основі;
- перерозподіл коштів із витратного стаціонарного сектора в амбулаторний;
- скорочення обсягів деяких видів медичної допомоги;
- застосування базових цін на медикаменти (державна покриває базову ціну ліків, а різницю дорогого препарату покриває пацієнт);
- обмеження системи ОМС для осіб з високими доходами;
- перерозподіл бюджетних коштів соціальної сфери на користь системи охорони здоров'я.



# СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Витрати і ресурси домогосподарств України у 2008 р.** (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України). - К., 2009. - Ч. I. - С. 62.
2. **Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я.** - К.: Уроки для України / За заг. ред. В. Г. Черненко та В. М. Рудого. - Академпрес, 2002.-112 с.
3. **Здоров'є-21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ.** - ВОЗ, ЕРБ, Копенгаген, 1999,-310 с.
4. **Крутова И.Н., Актова С.Н., Жестикова Е.С., Лукшина А.А, Финансирование здравоохранения в РФ и странах ОЭСР,** 2008. - № 10. - С. 5-8.
5. **Лєхан В. М. Стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні.** // Главный врач, 2005. - № 4 (48).-С. 34-41.
6. **Лєхан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні.** - К.: Сфера, 2001. -174 с.
7. **Москаленко В.Ф. Основні напрями реформ фінансування систем охорони здоров'я у Європі // Охорона здоров'я України,** 2009. - № 2 (34). - С. 53-59.
8. **Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст.** Монографія. - К.: Книга-плюс, 2008. - 320 с.
9. **Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Уншакова Г.В. Особливості фінансового забезпечення діяльності системи охорони здоров'я України та європейських країн // Охорона здоров'я України,** 2009. - №2 (34).-С. 73-76.
10. **Солтман Р.Б., Фігерас Дж. Реформи систем здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий.**- М., 2000.-421 с.
11. **Системы социального медицинского страхования в Западной Европе /** Под ред. R. B. Saltman, R. Busse, J. Figueras// Главный врач. - 2008.- №3-11. -С.49-60; 69-75; 24-37; 44-51; 42-58; 61-73; 92-97.
12. **Системы социального медицинского страхования в Западной Европе /** Под ред. R. B. Saltman, R. Busse, J. Figueras // Главный врач. - 2009. - № 1-9. - С. 42-51; 32-41; 42-51; 74-79; 41-49; 34-50; 74-85; 63-71.
13. **Kane N. Costs, Productivity and Financial Outcomes of Managed Care. In: Implementing Markets in Health Care.**— Ed. By R. Saltman and Casten von Otter, 1995. - P. 112-132.
14. **White K. L. The General Phisician: Past and Future//** S. gen. int. Med. -1990. -М 5. -№ 6. -P. 516-521.
15. **Мирова статистика здравоохранения, 2009 год.** [www.siteressources.woldbank.org](http://www.siteressources.woldbank.org)

---

**ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!!!**